NYILATKOZAT

 EGÉSZ SÉGÜGYI A LKA LMA SSÁG MEGÁLLAPÍTÁSÁHOZ

(A kitöltéshez kérje a gyermeket kezelő gyermekorvos/háziorvos segítségét!)

Tanuló neve: ………………………………………………………………………..

Születési hely, idő: ………………………………………………………………………..

Anyja neve: ………………………………………………………………………..

Oktatási azonosító: ………………………………………………………………………..

Törvényes képviselő(k): ………………………………………………………………………..

 …….……………………………………………………………………

A tanuló törvényes képviselőjeként kijelentem, hogy:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| a tanuló krónikus betegsége | nincs | van: ………………………………. |
| a tanulónak súlyos mozgászervi fogyatékossága | nincs | van:……………………………….. |
| a tanulónak súlyos érzékszervi fogyatékossága | nincs | van: ………………………………. |
| a tanuló pszichiátriai kezelés alatt  | nem áll | áll: ………………………………… |
| egyéb betegség, orvosi kezelés | nincs | van: ………………………………. |
| a tanuló a Hepatitis B oltást kapott | igen | nem |

Tudomásul veszem, hogy amennyiben gyermekemről későb kiderül, hogy a beíratkozás időpontjában a fenti problémák valamelyike fennállt, és emiatt a tanuló egészségügyi alkalmatlanság miatt nem lett volna felvehető, a tanulói jogviszonyt az iskola megszűntetheti.

Budapest, 2022………………………..

 ………………………………… …………………………………

 szülők/törvényes képviselő(k)